

ANNÉE 1958

N°

THÈSE
POUR LE **754**
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Jacques PASQUET

né le 28 Décembre 1929 à Bourges (Cher)

Présentée et soutenue publiquement le 1958

Contribution à l'étude des
prolapsus génitaux après hystérectomie

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat: P A S Q U E T

Prénom : : Jacques

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

1

PASQUET Jacques
Contribution à l'étude des
prolapsus génitaux après
hystérectomie
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 35 pages
Edition Privé 1958

2

PASQUET Jacques
Contribution à l'étude des
prolapsus génitaux après
hystérectomie
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 35 pages
Edition Privé 1958

3

PASQUET Jacques
Contribution à l'étude des
prolapsus génitaux après
hystérectomie
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 35 pages
Edition Privé 1958

4

PASQUET Jacques
Contribution à l'étude des
prolapsus génitaux après
hystérectomie
Thèse Méd.(Etat) PARIS 1958
N°
Dact. in-4° 35 pages
Edition Privé 1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques P A S Q U E T

Né le 28 décembre 1929 à BOURGES (Cher)

Présentée et soutenue publiquement le :

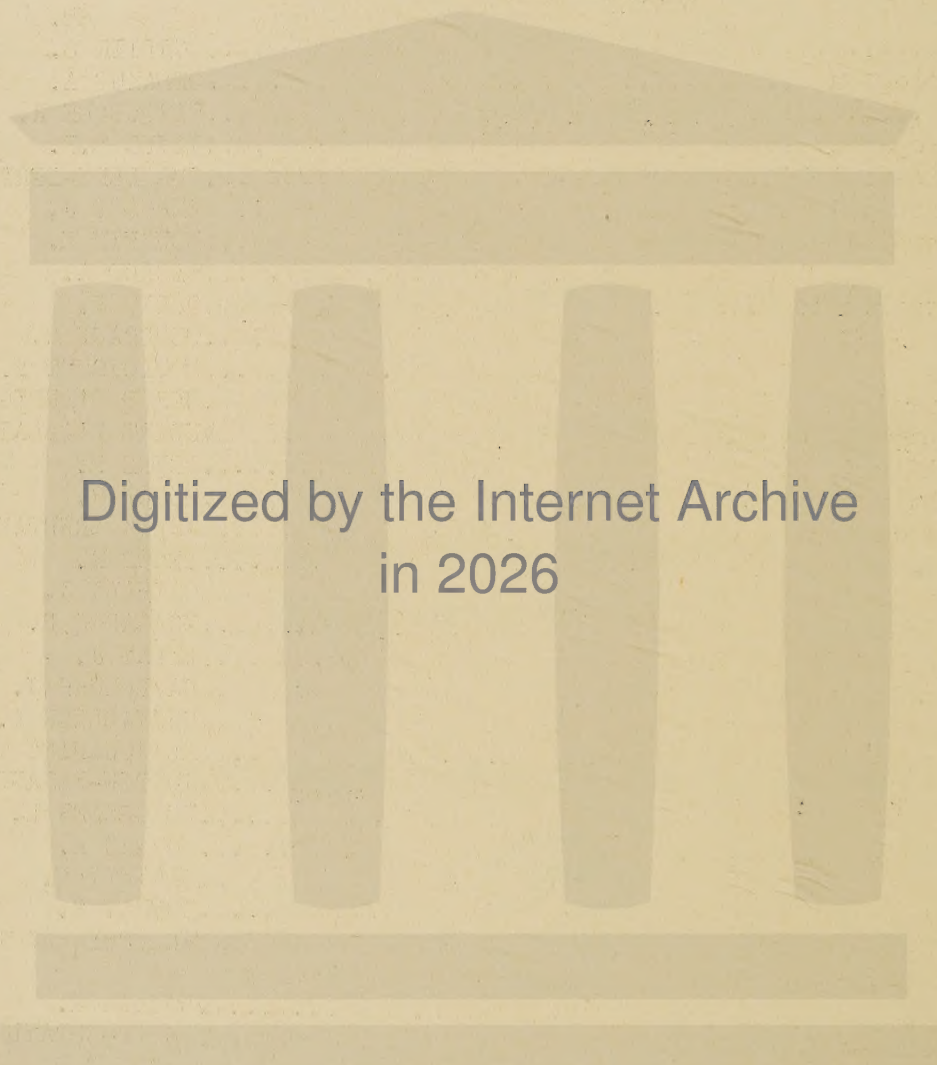
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROLAPSUS GENITAUX

APRES HYSTERECTOMIE

Président de Thèse : Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO



Edition Privée.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0003

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. Bénard H., Brocq P., Bulliard H., Cadenat F., Carnot P., Chabrol Et.,
 Charpy C., Chevassu M., Dobré R., Delbot P., Donzelot E., Gastinel P.,
 Guillaïn G., Halphen E., Harvier P., Laroche G., Laubry Ch., Lemaître F., Lévy-
 Solal E., Lhormitte J., Lian C., Looper M., Marion G., Mathieu P., Mocquot P.,
 Mondor H., Mulon P., Olivier E., Richot Ch., Sezary A., Tanon L., Velter E.,
 DOYEN Léon BINET Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER G.
Anatomie pathologique	DELARUE A.
Bactériologie	FASQUELLE R.
Biochimie médicale	JAYLE M.F.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ..	CHAILLEY-BERT P.
Cancerologie médicale et sociale	BERNARD J.
Clinique de cardiologie	MOUQUIN M.
	(Beaujon SICARD A.
Cliniques chirurgicales	)Cochin QUENU J.
	(Hôtel-Dieu MENEGAUX G.
	)Salpêtrière MOULONGUET P.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE R.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART D'ALLAINES F.
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE M.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD R.
Clinique gynécologique	FUNCK BRENTANO P.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS R.
Clinique des maladies des enfants	CATHALA J.
Clinique des maladies infectieuses	MOLIARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY J.
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER J.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER P.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE T.
	(Bichat JUSTIN-BESANCON L.
	)Broussais DE GENNES L.
Cliniques médicales	(Cochin MOREAU R.
	)Hôtel-Dieu BARIETY M.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY C.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT L.
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies	
	de la nutrition.....BOULIN R.
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS D.
	(Baudelocque LACOMME M.
Clinique obstétricales	)Port-Royal VARANGOT J.
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL P.
Clinique ophtalmologique	RENARD G.
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN A.
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD E.
Clinique de psychiatrie infantile	HEUYER C.
Clinique de puériculture	LELONG M.
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE F.
Clinique stomatologique	DECHAUTE M.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE J.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE A.

Clinique urologique	TEY B.
Embryologie	GIROUD A.
Génétique médicale	LAMY M.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE P.
Histologie	VERNE J.
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN R.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON C.
Médecine légale	PIEDELIEVRE R.
Médecine du travail	DESOILLE H.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD H.
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE R.
Pathologie exotique	IAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE J.
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (ch à titre pers).....	MERKLEN F.
Pathologie médicale	DECOURT J.
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN J.
Pédiatrie sociale	MARIE J.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD R.
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)....	DOGNON A.
Physiologie	BINET L.
Physique médicale	STROHL A.
Radiologie médicale	DESCREZ H.
Technique chirurgicale	PATEL J.
Thérapeutique	BROUET G.

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, MAÎTRES DE CONFÉRENCES, AGREGES ET AGREGES

	(DELMAS A. pr s ch !	(DEROBERT L. pr s ch
	)CABROL C. !Médecine	) GAULTIER M.
Anatomie	(DEBEYRE J. !légale	)HADENGUE A.
	)OLIVIER G. !Médecine du	
		!travail ALBAHARY C.
	(Mlle GAUTHIER VILLARS !Neuro -	
Anatomie	)pr s ch !chirurgie....	DAVID M.
pathologique.....	(RUSSEY F. !Neurologie ..	LHERMITTE F.
	)GOUYGOU ch !	(GRASSET J.
		)LE LORIER G.
Bactériologie ...	(NEVOY A. pr s ch !	(LEPAGE F.
	) CRISTOL D. !	)MERGER R.
		Obstétrique ..(MORIN P.
	(ETTORI J. pr s ch !	)RAVINA J.
Biochimie	)DESCREZ P. !	(ROBEY M.
médicale	(POLONOVSKI J. !	
	)SCHAPIRA R. !Ophtalmologie	(BRIGEAT P.
		)DESVIGNES P.
Biologie médicale	FOURLIERE F. !Orthopédie ..	JUDET R.
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAY F. !Oto-rhino-lar	(AUBRY M.
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS H. !ryngologie	) MADURO R.
	(COUJARD R. !	
Histologie	) N... !Parasitologie	(BRUMPT L.C.
	) N... !	)CHABAUD A.
Hydrologie	CORMET A. !	
Hygiène	(BOYER J. pr s ch !	
	(DEPARIS M. pr s ch !	
Maladies infectieuses	EASTIN R. !	

chirurgicale

(BARCAT J. !
 (EAUMATE J. !
 (CAUCHOIX J. !
 (EUBOSSE C. ! Pathologie
 (FAURE J. ! médicale
 (FLABEAU F. !
 (GERMAIN A. !
 (GOSSET J. !
 (LAURENCE G. !
 (LORTAT JACOB J. !
 (MATHEY J. ! Pédiatrie
 (OLIVIER CI. !
 (POILLEUX F. !
 (THOIERET G. !
 (VERNE J.M. !

(MILLIEZ P.
 (PEQUIGNOT H.
 (PERRAULT M.
 (RAMBERT P.
 (ROYER P.
 (THIEFFRY St
 (TURIAF J.
 (WOLFFROMM R.
 (N...

Pathologie expéri-
 mentale

(LOEFER J. !
 (MAURICE P. !
 (BOUDIN G. !
 (BOUVIER J.B. !
 (BRICAIRE H. ! Physique
 (BRISSAUD H. ! médicale
 (CASTAIGNE P. ! Pneumo-Phtisiologie
 (CONTE M. ! Psychiatrie
 (DEROT M. ! Psychiatrie
 (DOMART A. ! infantile
 (LAMOTTE M. ! Rhumatologie
 (LAROCHÉ C.P. !

(JOSEPH R.
 (MOZZICONACCI P.
 (POLONOVOSKY CL.
 (CHEYMOL J. pr s ch
 (Mlle LEVY pr s ch
 (BARJETOND. P r s ch
 (PARROT J. pr s ch
 (DEJOURS P.
 (DJOURNO A. pr s ch
 (GOUGEROT L.
 (KREIS B.
 (PICHOT P.
 (MICHAUX L.
 (DELBARRE F.
 (CERNEA P.
 (CHAPUT (Mme A)
 (CHASSAGNE P.
 (KUSS R.

Pathologie médicale

III PROFESSEURS SANS CHAIRS ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale

(ARIELINE A. ! Clinique neurologique DE SEZE S.
 (HUGUIER J. ! Clinique obstétricale MAYER M.
 (JEGGER L. ! Clinique ophtalmologique OFFRET G.
 (PADOVANI P. ! Clinique pédiatrique LAPLANE R.
 (ROUX M. ! Clinique psychiatrique BARUK H.
 (DREXFUS G. !
 (MAGUENEAU J.
 pr s ch !
 (KOURILSKY R.
 (MARCHAL G. !

Secrétaire général
 de la Faculté

M. MOPEL J.

Secrétaire Mlle CHAINTREUIL G.

Conservateur, chargé

de la direction Mr le Dr HAIN A

Conservateur Mlle GOICHON A.

Bibliothécaires

(Mlles DUMAITRE P
 (LAURENT H. LENOIR
 (QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les
 opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
 ner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Le Docteur Raymond Pasquet

A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS, A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur FUNCK - BRENTANO

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de notre jury,
en témoignage de notre respectueuse gratitude

A Monsieur le Docteur HANON

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Auprès de qui j'ai tant appris,

Faible témoignage de ma reconnaissance

À mes MAÎTRES DES HÔPITAUX

À mes COLLÈGES DE MÉDECINE

I. INTRODUCTION.

La cure chirurgicale du prolapsus génital chez la femme représente un problème thérapeutique qui a reçu maintes solutions, mais qui cependant n'est pas entièrement résolu, comme le prouvent le nombre des techniques et la proportion relativement élevée de complications post-opératoires, troubles fonctionnels, récidives.

Lorsque le prolapsus survient chez une femme antérieurement hystérectomisée, ce qui semble, d'après les statistiques que nous avons pu consulter, une éventualité non exceptionnelle (au moins dans 6% des cas opérés), les conditions d'une correction du prolapsus sont beaucoup plus défavorables, car manquent non pas tant les soutiens que les points d'amarrage utilisés habituellement par les techniques applicables aux femmes intactes.

Ainsi, chez une femme privée de son utérus, tout concourt à rendre difficile le problème des prolapsus génitaux :
et les conditions favorisant ce prolapsus,
et les conditions défavorables pour sa cure.

Au seuil de notre carrière médicale, que nous souhaitons consacrer en grande partie à la gynécologie, j'ai décidé, sur le conseil de mes Maîtres et orienté par les travaux de Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO, qui avec sa bienveillance habituelle, a bien voulu accepter la présidence de notre jury, de consacrer ma thèse à la question des prolapsus génitaux après hystérectomie.

On sait combien il est nécessaire à tous égards de traiter les prolapsus génitaux; nécessité non moins impérieuses, lorsque le prolapsus se produit chez une femme antérieurement hystérectomisée. Entre autres complications qui menacent cette malade, en effet, nous citerons les troubles urinaires.

Les complications urinaires des prolapsus génitaux sont bien connues; elles diffèrent de fréquence et de gravité suivant la variété, l'importance, l'ancienneté même du prolapsus. Si les complications uréthrales, prolapsus muqueux et uréthrocèles, sont d'un intérêt secondaire, par contre les complications vésicales, et surtout l'incontinence, due presque toujours à une dislocation sphinctérienne associée, ont une gravité qu'il n'est point besoin de souligner. Les complications urétérales, rares, pré-existent souvent au prolapsus, mais celui-ci va évidemment constituer une circonstance aggravante favorisant la stase, et l'infection. Les complications rénales enfin sont assez exceptionnelles mais leur latence doit les faire rechercher systématiquement, par le taux d'azotémie, et surtout, lorsque la sécrétion le permet, par des urographies.

Devant ces complications urinaires, bien étudiées récemment par J.E. MARCEL, " le traitement préventif est celui des prolapsus qu'il faut de plus en plus traiter précocement ". Quant au traitement curatif, il doit être précédé d'un bilan urologique complet, puis recourir aux différentes techniques appropriées à chaque variété de lésion, à chaque malade, techniques auxquelles on associera un temps urologique spécial, qui a pour but d'éviter les récidives de

la cystocèle lorsqu'elle existe, d'obtenir la cure de l'incontinence lorsqu'elle se produit.

Mais ce bilan aura également pour but d'affirmer la réalité de la cause à effet entre prolapsus et troubles urinaires. Nous éliminerons ainsi ceux dûs à une affection concomittente telle, tuberculose, lithiase, diverticules vésicaux. Leur traitement pourra relèguer au second plan le prolapsus. D'autant plus que la suppression d'une cystite, d'une incontinence, sera souvent considérée par la malade comme une guérison; la gêne résultant du prolapsus lui-même lui apparaissant minime.

Pour faire de la question une étude aussi complète que possible, nous avons adopté le plan de travail suivant: après un rappel anatomophysiologique des structures de suspension et de soutien de l'appareil génital de la femme, nous exposerons la pathogénie des prolapsus observés, leur nature d'abord, prolapsus vaginaux par déroulement, par pulsion, prolapsus mixtes et associés, nous verrons comment, et avec quelle fréquence, l'hystérectomie est susceptible de créer les circonstances favorables à la survenue ultérieure de ces prolapsus.

Il nous restera alors à envisager les moyens thérapeutiques à opposer à ces prolapsus génitaux.

1°/ Traitement préventif, qui comporte un soin accru, dans l'hystérectomie initiale;

2°/ Traitement curatif qui peut être conservateur, par des mesures de soutènement antérieur ou postérieur

et par la suspension, ou radical

3°/ Traitement médical enfin pour les cas non chirurgi-
caux, du fait d'une contre-indication, ou d'une
" abstention raisonnée " . .

Nous terminerons en résumant les indications et les résultats
de ces diverses attitudes.

II. RAPPEL ANATOMOPHYSIOLOGIQUE.

=====

" Le tube génital médian est soutenu par le muscle releveur de l'anus. Il est suspendu par les ligaments utéro-sacrés. Il est orienté par la boutonnière uro-génitale et les ligaments utéro-sacrés, accessoirement par les ligaments ronds " (GOSSELIN).

Voyons plus en détail comment se comportent ces diverses structures.

1°/ Les ligaments ronds :

sont de longueur et de solidité variables. Ils ne peuvent pas suspendre, mais orienter. Leur rôle essentiel est de contribuer à assurer l'antéversion normale du fond utérin. S'ils étaient amarrés à l'isthme pour la correction du prolapsus, ils seraient trop peu résistants pour suspendre l'axe génital; en fait, ils ont un point d'attache pelvien très antérieur, ce qui leur donne une fonction essentielle de " désorientation ". Lorsqu'on cherche à réaliser une suspension de la région isthmique, les ligaments ronds ont le plus souvent été eux-mêmes atteints par le processus responsable du prolapsus. On ne peut donc pas compter sur ces structures.

2°/ LES LIGAMENTS CARDINAUX DE MACENHRODT ou base des ligaments larges

C'est en fait la partie moyenne d'une lame vasculaire sans formation solide et qui accompagne l'utérus dans sa chute. Selon la belle comparaison de HUGUIER, elle ne s'oppose pas plus à la chute génitale que les pédicules rénaux ne s'opposent à la ptose du rein.

Lorsque cette base a cédé, elle n'est pas utilisable à des fins de fixation. Même à l'état normal, ces ligaments cardinaux sont inefficaces, à fortiori en cas de ptose, dont ils sont en partie responsables, faisant ainsi la preuve de leur défaillance physiologique.

3°/ LES LIGAMENTS UTERO-VAGINAUX SACRÉS:

restent les seules structures utiles dans la suspension de l'axe génital. Ces ligaments appartiennent au complexe des lames pubo-sacrées, dont ils représentent la partie postérieure la plus solide, formés qu'ils sont de fibres conjonctives riches en éléments vasculaires, veineux, et nerveux. Ils s'insèrent en arrière sur les faces antérieures des troisième et quatrième vertèbres sacrées qu'ils débordent anatomiquement en haut surtout. Ils descendent très bas jusqu'au plan des releveurs, s'intriquant en avant avec la base des paramètres et surtout avec les ailerons vaginaux. HUGUIER insiste sur le fait que les ligaments utéro-vaginaux sacrés assurent d'avantage la fixité du vagin que celle de l'isthme utérin. Leur solidité les indique comme élément essentiel des interventions de suspension, d'autant plus qu'ils rétablissent en même temps l'orientation physiologique.

Mais en cas de ptose isthmo-vaginale, même ces ligaments sont élongués, altérés. C'est le dôme vaginal, solidement amarré, qui grâce aux ligaments utéro-sacrés soutient l'utérus. Et alors qu'en avant, la paroi vaginale antérieure est un point faible, la paroi vaginale postérieure est bien soutenue par le noyau central du périnée dans la mesure où le faisceau superficiel élévateur du releveur, reste solide. On trouve à ce niveau une connection assez solide entre les bords des releveurs, la face postérieure et les bords latéraux du vagin.

4°/ LE RELEVEUR DE L'ANUS:

enfin peut être considéré comme une sangle presque verticale, soutenant le noyau fibreux central et représentant l'élément essentiel de la solidité périnéale. Le releveur contourne la boutonnière uro-génitale, et assure le soutènement et de la paroi vaginale postérieure, et de la cloison vésico-vaginale et de la jonction uréthro-vésicale. Car les deux parois du vagin présentent une coalescence à l'effort due à la contraction du releveur et à la poussée abdominale.

Aussi longtemps que les releveurs conservent un bon état, le périnée doit pouvoir rester en place. Mais que ces releveurs connaissent une défaillance, ce qui n'est pas rare, et le noyau fibreux central risque de basculer en arrière, entraînant l'éculement du périnée. Seule alors joue la poussée abdominale. C'est pourquoi le temps périnéal

est dominé, dans la cure des prolapsus, par la myorraphie.

En définitive, la statique utéro-vaginale dépend essentiellement :

- du releveur qui soutient;
- des ligaments utéro-sacrés qui suspendent;
- les deux s'associant aux ligaments ronds pour orienter.

Ce rapide aperçu anatomique va nous faire mieux comprendre le mécanisme et la nature des prolapsus génitaux observés chez les femmes hystérectomisées.

III. PATHOGENIE

=====

Les prolapsus habituellement observés ne sont identiques, ni dans leur forme anatomo-pathologique, ni dans leur mécanisme pathogénique. Et nous allons avoir à distinguer plusieurs variétés, relevant des techniques thérapeutiques différentes, selon qu'il s'agit de prolapsus vaginaux par déroulement, de prolapsus vaginaux par pulsion, ou de prolapsus mixtes.

1° LES PROLAPSUS VAGINAUX PAR DEROULEMENT DE LA PAROI ANTERIEURE:

Prolapsus habituels, progressifs, qui connaissent plusieurs stades. On les distinguera chez la malade couchée à qui l'on demande de pousser. HUGUIER décrit ce type de prolapsus, " par déroulement " comme un bombement de la paroi vaginale antérieure, depuis le point fixe de l'orifice urétral, ou, mieux, de clitoris. Le prolapsus peut intéresser toute la cloison urogénitale, et c'est alors l'uréthrocystocèle. Dans certains cas, le prolapsus s'étend davantage et entraîne le mu-seau de l'anneau, puis le cul-de-sac de Douglas, la paroi rectale: c'est le prolapsus dit total.

Le mécanisme par déroulement est dû à l'insuffisance de la sangle du releveur autour de la boutonnière urogénitale. Les

pressions antérieures alors en s'exerçant, ne sont plus contrariées par la force antagoniste du releveur, et agissent à plein.

A un degré avancé, le prolapsus par déroulement va entraîner le col utérin en totalité, puis le corps à son tour, et cela d'autant plus que la suspension pelvienne aura subi une plus grande élonguation. Au lieu de l'allongement atrophique du col, c'est cette fois d'un prolapsus utérin complet qu'il s'agit: prolapsus vaginal et utérin totaux, dit complexe.

2°/ LES PROLAPSUS VAGINAUX PAR PULSION:

Ils restent localisés à la paroi vaginale postérieure, ou à la zone voisine du dôme vaginal. Cette variété est la conséquence d'un phénomène inverse de celui des prolapsus par déroulement. C'est, en effet, la force exercée par la poussée abdominale, en direction parallèle à celle de la concavité sacrée, qui tend à expulser vers la vulve les organes qui se trouvent dans sa direction. Le prolapsus par pulsion s'observe sur un plancher périnéal intact, comme le prouve son existence possible chez la femme vierge. On peut alors le rapprocher de ce que l'on observe en cas de hernie inguinale oblique externe à travers une paroi abdominale normale. La paroi vaginale prolabée va entraîner avec elle les viscères voisins. Ce sera alors selon les cas des prolapsus, utérin, douglassien ou rectal:

a/ L'utérus. Lorsque sa suspension a subi une élongation, lorsque son orientation est perturbée, lorsqu'à l'effort, au lieu d'appliquer sa face antérieure sur la vessie, il a tendance à se diriger vers

la cavité vaginale, et réalise une variété d'ailleurs rare, qui est le prolapsus utérin pur.

b/ Le cul-de-sac de Douglas: en subissant l'expulsion, donne lieu à la constitution de l'élytrocèle, mais elle réalise souvent, en même temps une colpocèle postérieure, très voisine d'aspect de la rectocèle. L'élytrocèle peut être congénitale, par suite d'une anormale profondeur du douglas, en l'absence d'accolement de sa portion inférieure périnéale. Elle peut être acquise, l'infundibulum péritonéal s'étendant en profondeur sous l'action de force de pulsion, surtout après ventro-fixation de l'utérus.

c/ Le rectum se prolabe parfois. La rectocèle ainsi constituée refoule la partie moyenne de la paroi vaginale postérieure mais demeure cependant séparée de la fourchette par un cul-de-sac.

Le prolapsus par pulsion est facilité par la déficience de la boutonnière urogénitale. Nous en arrivons ainsi à la variété dite:

3°/ PROLAPSUS MIXTES:

La coexistence des deux mécanismes, déroulement et pulsion, les caractérise; bien qu'il ne soit pas toujours possible de les dissocier.

Ainsi donc le prolapsus s'il est favorisé par:

- le changement de l'axe de l'utérus, qui amène le corps utérin dans l'axe vaginal;

- par le relâchement pathologique des moyens de suspension déjà précaires;
- est en majeure partie conditionné par la déficience du moyen de contention essentiel, le plancher périnéal, représenté par le muscle releveur de l'anus.

Nous verrons que ces diverses formes de prolapsus, envisagées ici sur une femme non hystérectomisée, se retrouvent dans la forme post-hystérectomie qui nous occupe ici. Celle-ci en effet, les favorise encore en modifiant la statique pelvienne génitale. Et cependant, pour HUGUIER, les principes essentiels tant dans le mécanisme pathogénique du prolapsus, que dans les données de sa correction, restent les mêmes, chez la femme hystérectomisée, et chez la femme ayant conservé son utérus.

S'il y a eu hystérectomie subtotale, on a respecté les moyens de fixation du moignon cervical. De même, demeurent intacts les ligaments utéro-sacrés et le collier fibrocellulaire périocervicovaginal. Si l'hystérectomie a été totale, les attaches des ligaments utéro-sacrés sur le dôme vaginal restent indemnes dans leurs portions essentielles. L'hystérectomie en favorisant la sclérose au niveau des zones de section, provoque la constitution de moyens de fixation non négligables. L'amarrage génital est renforcé par certaines techniques telle la péritonisation linéaire recto-vagino-vésicale (CHARRIER & GOSSET).

Revenons sur ces différents points:

la statique pelvienne est-elle profondément modifiée par l'hystérectomie ?

Le soutènement périnéal demeure, intact. La suspension, par contre, risque d'être modifiée dans les diverses variétés d'hystérectomie. Dans l'hystérectomie élargie véritable, la suspension est perturbée et en fait presque supprimée; mais au niveau des sections, une sclérose compensatrice se produit. Dans l'hystérectomie totale qui prive le dôme vaginal des ligaments ronds et d'une partie des ligaments utéro-sacrés, la suspension du vagin devient précaire. Cependant les prolapsus ne sont pas fréquents, parce que le vagin étant oblique en avant accole ses parois, réduit la surface de son sommet, ne présente plus de col et la suture vaginale donne lieu à une cicatrice fibreuse. Cicatrice amarrant comme un grappin le dôme vaginal aux formations fibreuses de voisinage. C'est pourquoi sans doute elle détermine moins de prolapsus que l'hystérectomie subtotale.

Dans l'hystérectomie subtotale, le col restant à pour se soutenir les ligaments utéro-sacrés, il a perdu les ligaments ronds et les ligaments larges. Il a cependant beaucoup plus tendance à se prolaber. A la poussée abdominale, la masse utérine manque pour disperser les forces qui auraient été appliquées sur une plus grande surface. Occupant le point le plus élevé du pelvis, il a en avant, la vessie, très dépressible; en arrière, la dépression du cul-de-sac de Douglas. La poussée abdominale va donc déplacer facilement le col

qui, aura d'autant plus tendance à s'enfoncer dans la filière vaginale que sa présence écarte les parois l'une de l'autre, et maintient ouvert juste au-dessous de lui ce canal. L'axe de la force et la voie de déplacement coïncident donc totalement.

La petite masse du col manque d'assise pour s'appuyer avec efficacité sur le périnée; l'hystérectomie subtotala démontre expérimentalement que le corps utérin antéversé suspend plus le col que celui-ci ne le soutient (GOURVES).

Dans l'hystérectomie vaginale, il y a désinsertion des éléments de suspension, mais les techniques solidarisent généralement ces derniers entre eux, leur permettant d'adhérer à la cicatrice vaginale restante. La péritonisation a une heureuse action sur l'orientation du vagin et sur l'infundibulum péritonéal de réception des forces de pulsion (HUGUIER).

Les statistiques nous apprenent qu'après hystérectomie, on observe surtout des prolapsus postérieurs. Voilà la caractéristique de cette catégorie de prolapsus: ils sont postérieurs et par pulsion. En effet: leur existence est possible en dehors de toute altération du releveur. D'autre part, le col, mobile, ne vient plus former le cul-de-sac de Douglas et joue au contraire son rôle néfaste en s'enfonçant dans le vagin "à la manière d'un piston". C'est à partir de cette notion que devra être envisagé le traitement: nécessité absolue d'une suspension

efficace du col restant ou du dôme vaginal.

L'hystérectomie, en définitive, représente une gêne du point de vue des réalisations techniques, contraint l'opérateur à emprunter des voies inhabituelles, mais ne supprime en fait qu'une seule possibilité: le rétablissement de la coudure haute normale du tube génital.

Nous nous sommes posé la question suivante

Quelle est la fréquence des prolapsus génitaux dans les suites immédiates et éloignées de l'hystérectomie ?

POLLOSSON & MATHIEU ont publié 55 cas de prolapsus dont:

- 32 consécutifs à des hystérectomies subtotaux,
- 15 à des hystérectomies totales,
- 5 à des hystérectomies vaginales,
- 2 consécutifs à des amputations hautes du col,
- 1 à une hystérectomie non précisée.

Ce serait donc l'hystérectomie vaginale qui exposerait le plus au prolapsus, compte tenu des fréquences relatives des techniques.

L'hystérectomie subtotale plus souvent que la totale serait compliquée de prolapsus ultérieur.

J. GOURVIES a additionné toutes les statistiques publiées et a obtenu le chiffre de 15.509 hystérectomies de toutes techniques, dont 164 compliquées tôt ou tard de prolapsus, soit une fréquence de 1,05%. Cette statistique globale montre en outre que le prolapsus complique

7,1% des hystérectomies vaginales, 0,56% des hystérectomies subtotales et 0,028% des hystérectomies totales.

TAYLOR & MAC CALLIN ont pratiqué un grand nombre d'hystérectomies vaginales dont ils ont suivi les résultats éloignés pendant un à sept ans. La mortalité opératoire a été, indiquons le en passant, de 0,6%. Des prolapsus vaginaux avec ou sans entéroccèle ont été notés dans 6,7% des cas, une récurrence de l'incontinence d'urine dans 8,3% des cas.

POILLEUX & Collaborateurs ont fait tout récemment état de 24 observations de prolapsus génitaux après hystérectomie. 17 fois il s'agissait d'hystérectomie subtotale, et 7 fois d'hystérectomie totale.

Citons pour terminer l'étude des fréquences respectives des prolapsus selon la technique utilisée, deux statistiques américaines:

Celle de VEENBOER et KOOISTRA, qui ont suivi 104 femmes ayant subi une hystérectomie vaginale depuis 16 mois à quatre ans, sans observer un seul cas de prolapsus;

celle de RHOADS et ZEIT, qui au contraire ont suivi 385 femmes ayant subi une hystérectomie vaginale et qui ont noté quatre fois un prolapsus du dôme vaginal, soit une fréquence de 2,08% des cas.

Voyons maintenant les techniques qui sont à notre disposition pour éviter ou corriger ces prolapsus génitaux post-hystérectomie.

IV. TRAITEMENT.

=====

Puisque le prolapsus génital qui risque de compliquer les suites éloignées de l'hystérectomie peut en quelque sorte être considéré comme un accident, une lacune de la technique dans l'intervention primitive, on comprend que la première pensée qui vienne à l'esprit est la recherche des moyens d'éviter par un temps particulier de l'hystérectomie, la possibilité de constitution du prolapsus. Cette prévention est-elle possible ?

a/ Traitement préventif.

Il est certainement fondamental; et si tous les auteurs s'accordent sur sa nécessité, leurs opinions divergent sur les moyens de le réaliser.

A/ Il existe avant l'intervention un prolapsus léger;

POLLOSSON et MATHIEU pensent alors que l'indication même de l'hystérectomie doit être très étroitement discutée. En présence d'un fibrome, on peut recourir à la castration radiothérapique, ou à l'hystérectomie vaginale avec réfection du périnée. Si vraiment l'hystérectomie abdominale ne peut être évitée, elle sera effectuée avec suspension du col et fermeture du douglas.

B/ Si l'on se trouve devant une femme sans prolapsus, on devra réaliser en cas d'hystérectomie subtotale un moignon cervical assez volumineux et suspendre systématiquement le col aux ligaments ronds. La technique de CHALIER offre un moyen très simple de réaliser cette ligamentopexie:

- suture du col par quatre points passés dans le sens antéro-postérieur, et dont les chefs seront noués par dessus les moignons des ligaments ronds attirés l'un vers l'autre au-dessus du col.

Si l'on procède à une hystérectomie totale, on laissera le vagin aussi long que possible, et on fixera les commissures de la tranche vaginale aux ligaments ronds, comme on l'a fait pour le col en cas d'hystérectomie subtotale (GOURVES).

Mais les ligaments ronds ne sont pas toujours utilisables; dans ce cas, on doit recourir à la ventrofixation du col ou du dôme vaginal, complétée obligatoirement par le cloisonnement du douglas.

L'hystérectomie vaginale est souvent à l'origine des prolapsus génitaux ultérieurs; aussi HAMILTON conseille-t-il la périnéoraphie systématique comme complément obligé de cette technique.

Tous les auteurs insistent sur l'importance d'un prolapsus léger existant au moment où l'hystérectomie devra être pratiquée. Il est alors nécessaire de bien établir la valeur du plancher pelvien. Car si celui-ci est satisfaisant, la ligamentopexie, la ventrofixation, le cloisonnement du douglas restent indiqués et doivent suffire.

Mais si l'on constate un prolapsus déjà important, et un plancher périnéal insuffisant, il faut renoncer à l'hystérectomie chaque fois que cela est possible. Donc ou bien ne pas opérer, ou bien faire une périnéorraphie double avec myorraphie, en terminant par l'hystérectomie avec suspension aux ligaments ronds par voie haute.

Telle est l'attitude de GOURVES; voyons maintenant celle de GOSSELIN, AMELINE et HUGUIER.

A/ Il s'agit d'une femme sans prolapsus préalable, l'hystérectomie subtotalaire comportera alors la solidarisation du moignon cervical aux ligaments et aux paramètres, l'effacement du douglas, la péritonisation encapuchonnant bien le col. L'hystérectomie totale comportera la solidarisation des utéro-sacrés au vagin lors de l'hémostase; en arrière et en dehors, la solidarisation avec les pédicules utérins; mais surtout, péritonisation presque systématique, technique CHARRIER-GOSSET qui a pour résultat à la fois de fixer et d'orienter le dôme vaginal. Lorsqu'on procède à une hystérectomie vaginale, il faut s'adresser à un des nombreux procédés qui assure la reconstitution d'une voûte pelvienne solide.

B/ Si au moment où l'hystérectomie est réalisée, existe un prolapsus marqué ou débutant, trois voies d'accès sont encore possibles.

La voie vaginale seule, si la lésion peut être excisée par voie basse.

Mais cette méthode peu prisée, rencontre des difficultés lors de l'isolement des divers ligaments si les tissus sont de mauvaise qualité, ce qui est fréquemment le cas, nous l'avons vu.

La voie abdominale seule, utilisable dans le cas où le prolapsus n'intéresse que la paroi vaginale antérieure, donc lorsque la cystocèle n'est point trop accusée. Ici, la suspension du moignon cervical ou du dôme vaginal sera assurée non pas par ligamentopexie, peu efficace, mais par une pexie portant en arrière col ou dôme, et les fixant, soit par les utéro-sacrés, soit par amarrage indirect, au disque lombosacré selon la technique de AMELINE & HUGUIER.

Les voies mixtes enfin. les plus souvent indiquées: même voie haute complétée d'un temps vaginal avec colno-périnéorrhaphie postérieure et myorrhaphie des releveurs.

b/ Traitement curatif.

Selon les cas, deux variétés de techniques s'offrent au choix de l'opérateur:

- Les méthodes conservatrices de la perméabilité vaginale;
- Les traitements radicaux.

A/ TRAITEMENT CONSERVATEUR:

La perméabilité vaginale est ici conservée. Le col restant après hystérectomie subtotale sera soigneusement exploré, car tout col suspect est évidemment à amputer. Mais cette amputation doit être faite en toute connaissance de cause, ni systématiquement, ni inconsidérément. Car le moignon cervical constitue un précieux point

d'appui pour un amarrage. Diverses méthodes sont à distinguer, selon les conditions anatomopathologiques présentes.

1°/ Le soutènement postérieur.

Si des divergences existent dans les opinions des auteurs, par contre l'unanimité est faite sur la nécessité de la réfection du périnée postérieur. Les diverses techniques de colpo-périnéorrhaphie sont applicables s'il y a eu hystérectomie subtotale.

GOSSELIN & AMELINE préfèrent cependant le procédé de TARANTO qui utilise les ligaments utéro-sacrés, permet de découvrir et de traiter une éventuelle élytrocèle, et de réduire en cas de besoin l'ampoule rectale.

Si l'hystérectomie a été totale, le soutènement postérieur est également indiqué, mais les utéro-sacrés peuvent offrir quelques difficultés dans leur recherche.

Un soutènement antérieur se révèle parfois nécessaire.

2°/ Le soutènement antérieur.

Ici tout est commandé par l'existence et l'importance de troubles urinaires, en particulier devant une incontinence d'urine.

a/ Dans une première indication, l'hystérectomie, a été suivie de cystocèle ou uréthro-cystocèle sans grands troubles urinaires. Les techniques sont des variantes de celle de HALBAN, et toutes visent à la libération large de la vessie, aussi bien latérale que médiane, afin de la remonter avec l'uretère intra-mural. Mais si l'hystérectomie a été totale, on ne peut songer à décoller la vessie,

et pour la remonter, il faut réaliser une suture en palotot "minutieuse et correcte".

b/ Chaque fois que des troubles urinaires existent, généralement sous la forme d'incontinence, on doit compléter la colporrhaphie antérieure. Plutôt que l'opération de MARION, créant une sangle sous-vésicale, dont les résultats sont aléatoires, HUGUIER & SCALI préconisent une méthode de suspension par voie haute et basse. Nous y reviendrons.

3°/ Les procédés de suspension directs ou indirects du col
ou du dôme vaginal: cervicopexie, colpopexie.

Ces méthodes de fixation pariétale directe ou indirecte, utilisant des moignons de ligaments ronds, ou plus souvent, des bandelettes de fascia lata, des languettes prélevées au niveau des aponévroses des muscles droits de l'abdomen.

Ce dernier procédé préconisé par DIAMANT - BERGER ne lui a donné aucun déboire et s'adapte à tous les cas.

GOURVES conseille une méthode originale de symphysiofixation du col restant, qui permet, par voie basse, d'associer périnéorrhaphie et fixation.

Néanmoins HUGUIER & SCALI préfèrent le procédé de fixation postérieure au diaphragme Lombo-sacré. Méthode plus logique présentant l'avantage de ne pas ouvrir le cul-de-sac de Douglas et d'éviter ainsi le danger d'élytrocèle secondaire. En effet cette fixation reconstitue des néoligaments utéro-sacrés, et cloisonne le Douglas de telle

sorte qu'avec la péritonisation haute, l'élytrocèle est devenue impossible. Cette technique comporte cinq temps:

- Exposition du disque lombo-sacré,
- Passage des fils dans le disque,
- Passage des fils dans le col restant ou le dôme,
- Serrage des fils,
- Péritonisation.

Cette technique primitivement mis au point pour les prolapsus génitaux en dehors de toute hystérectomie, avec amarrage de l'isthme, s'adapte parfaitement aux cas survenant après hystérectomie.

En cas d'hystérectomie subtotale préalable ou contemporaine de la pexie, l'amarrage du moignon cervical au promontoire n'est pas rendu plus difficile qu'en présence de l'utérus. Il faut repérer le col en le refoulant par voie vaginale; puis on dégage le moignon cervical à partir de sa face postérieure en décollant vers l'avant le péritoine, parfois la vessie, si elle est adhérente. Saisissant le col avec une pince de Museux, les fils sont passés dans son épaisseur en mordant sur sa face postérieure.

Si l'hystérectomie a été totale, on amarrera le dôme vaginal repéré par une bougie de Hégar n° 20 refoulant le fond du vagin. On dégagera la vessie, en évitant de trop dénuder, de trop amaigrir la paroi vaginale, afin de conserver une étoffe suffisante pour faufiler les fils au voisinage du fond dans une région épaisse, résistante, près des ligaments utéro-sacrés.

Une technique encore à l'étude a été tout récemment décrite par HUGUIER: fixation par voie haute et basse utilisant du matériel cutané.

C'est la création d'un hamac de peau suspendant la vessie en cas de cystocèle volumineuse. Cette méthode a donné à l'auteur d'excellents résultats dans unvingtaine de cas; elle est actuellement complétée par la suspension au promontoire de l'axe génital, soit par amarrage indirect, soit à l'aide d'une bande de peau.

B/ TRAITEMENTS RADICAUX:

Ils suppriment la perméabilité vaginale et comportent les cloisonnements, les colpéctomies. Un questionnaire a donné une réponse favorable à ces méthodes chez plus de la moitié des chirurgiens et gynécologues interrogés.

Les cloisonnements avec colpéctomies sont de réalisation facile et de pronostic bénin; on les considère souvent comme les seuls procédés efficaces, mais il faut que la malade les accepte. Plusieurs procédés existent, dont les indications ne doivent pas être posées au hasard. C'est ainsi que le cloisonnement du vagin, selon la technique de LE FORT, modifiée par BROcq & NCRA, peut s'appliquer aux prolapsus après hystérectomie subtotale, à condition toutefois que le moignon de col soit extériorisable. Procédé qui par ailleurs a l'inconvénient d'aggraver sensiblement les troubles urinaires, fréquents après cette catégorie de prolapsus.

La technique de MOCQUOT permet de réaliser un cloisonnement sur prolapsus non extériorisé. En présence de troubles urinaires, mieux vaut utiliser un cloisonnement limité à la moitié supérieure du vagin avec colporraphie antérieure et colpoperinéorrhaphie, postérieure. Dans une autre méthode de colpectomie partielle, LABIARDT laisse un couloir médian.

Si la persistance du col est jugée indésirable, on peut l'amputer et dans ce cas, les gouttières que l'on garde de chaque côté du cloisonnement, perdent toute intérêt. On réalisera donc plutôt une colpectomie totale qui s'adressera aussi naturellement aux prolapsus après hystérectomie totale.

Il s'agit d'un procédé ancien, datant de 1896 (MULLER), à plusieurs reprises rénové. Mais la colpectomie totale n'est pas un traitement en soi, encore faut-il un coin périnéal solide. Associée à la myorrhaphie, l'accolement des surfaces cruantées du vagin est alors un procédé remarquablement sûr, n'exposant pas aux récidives.

Lorsque la malade refuse le cloisonnement, on est contraint de revenir aux méthodes conservatrices et de choisir celle qui sera la mieux appropriée au cas considéré. Mais les résultats semblent en être moins bons.

c/ Traitement médical:

Les techniques chirurgicales soit conservatrices, soit radicales, ne sont pas toujours réalisables, ni souhaitables.

Le traitement médical des prolapsus après hystérectomie, ne doit pas être passé sous silence. Il semblerait même que l'on opère trop de prolapsus, maladie en définitive plus gênante que grave. Les moyens médicaux à notre disposition sont généraux et locaux.

IV LE TRAITEMENT GÉNÉRAL:

Viser tout d'abord les troubles urinaires qui seront souvent très améliorés. On utilisera les acidifiants, en cure discontinue, par exemple acide phosphorique associé aux amphétamines ou à l'acide ascorbique. La vitamine "E" d'autre part utilisée à forte dose, améliore, par un mécanisme inconnu, l'incontinence d'urine.

Les sulfamides urinaires enfin, stériliseront les urines.

V LES TRAITEMENTS LOCAUX:

1°/ Les pessaires, ne méritent peut être pas le discrédit dans lequel le rejette beaucoup, il rendront au contraire de grand service, si l'on sait prendre quelques précautions pour éviter vaginite, pertes, et ulcérations.

Le pessaire doit être d'abord bien adapté, celui de DUMONT-PALLIER, n° 7, semble convenir dans la plupart des cas. Il doit être mis en bonne place. On le changera chaque mois. Et la malade d'autre part prendra rapidement l'habitude de l'enlever pour les soins et de le remettre en place.

2°/ Les hystérophores, plus discutables, méritent parfois un essai.

3°/ Le traitement de la muqueuse vaginale par les hormones, est

capital. La muqueuse reprend en effet une structure histologique et chimique normale, retrouve une certaine tonicité.

C'est à l'œthinylestradiol qu'il faut avoir recours, en comprimés ou ovules déposés sur la muqueuse même.

M. ROBERT préconise la mise en place le soir:

- Soit 3 ovules par semaine, 2 semaines de suite, pendant 2 mois
- Soit un comprimé par cure de 10 jours, séparée par 10 jours de repos.

En définitive, le traitement médical par les moyens dont il dispose, ne doit pas être dédaigné.

V. INDICATIONS ET RESULTATS DES

DIVERSES TECHNIQUES

Les résultats éloignés de la cure chirurgicale des prolapsus génitaux après hystérectomie montrent la très nette supériorité des cloisonnements sur les méthodes conservatrices

A/ POULCESON & MATHIEU,

s'expriment comme suit: Les résultats à longue échéance de nos interventions témoignent de la valeur du cloisonnement en pareille matière, et ce n'est que dans des cas exceptionnels et sur le désir formel des malades, qu'il faut essayer une intervention non occlusive. En effet, le cloisonnement est une solution de sécurité, réalisable quelque soit l'état général de la malade, facile à réaliser. On le fera précéder d'un frottis ou de la biopsie d'une ulcération.

Si on ne désire pas conserver le col, on pourra faire une colpectomie totale. En présence d'une incontinence, il vaut mieux réaliser une colpectomie partielle supérieure selon la technique de MOCQUOT.

Si la malade désire fermement conserver une activité génitale, on devra se contenter des méthodes conservatrices, mais dont on lui soulignera la médiocrité des résultats.

- Pour un prolapsus consécutif à une hystérectomie subtotale, la persistance du col facilitera les divers temps opératoires.

- Pour un prolapsus consécutif à une hystérectomie totale, on interviendra par voie basse, en associant une fixation haute du dôme vaginal, colpopexie à la façon de DIAMANT-BERGER.

POLLOSSON & MATHIEU ont obtenu les résultats suivants:

- sur 24 colpectomies, ils comptent 18 succès, 2 échecs partiels par incontinence d'urine, et douleurs persistantes; 4 résultats sont inconnus;

- sur 17 interventions conservatrices, ils comptent 7 guérisons, 4 échecs, 2 récidives, et 4 résultats inconnus.

Par conséquent concluent ces auteurs, le cloisonnement est la méthode de choix, à laquelle on ne renoncera qu'exceptionnellement, et sur le désir formel de la malade.

B/ POILLEUX et ses collaborateurs ont fait état de 24 observations de prolapsus après 17 hystérectomies subtotaux et 7 totales.

Dans 5 cas, chez les femmes âgées, on fit une opération de colpo-cléisis.

Dans les 19 autres cas, où la conservation d'une perméabilité vaginale était souhaitable, le procédé opératoire varia selon que, moignon cervical et dôme restaient en place ou non.

Dans le premier cas, relevant d'une insuffisance périnéale, on a eu recours en l'absence de troubles urinaires à une périnéorrhaphie banale. L'incontinence obligea à recourir à la suspension du col, par

En définitive, la technique d'HUGUIER & SCALI, doit rallier la majorité des auteurs. Il semble en effet que la fixation postérieure au disque lombo-sacré, ne présente que des avantages, et s'adapte à toutes les circonstances. En outre la majorité des prolapsus après hystérectomie est, nous le savons, par pulsion avec col descendu, mobile; ou dôme vaginal flottant. Et c'est bien alors l'intervention type qu'il convient.

Les fixations antérieures sont antiphysiologiques, donnent une mauvaise orientation, ouvrent et élargissent le douglas et leur technique enfin en est délicate.

La symphysiofixation de GOURVES n'échappe pas à ces critiques. Elle se réalise par voie basse mais un temps abdominal est en fait souvent nécessaire pour cloisonner le douglas.

La fixation au disque lombo-sacré qui réunit:

- La suspension du col ou du dôme vaginal,
- L'orientation de l'axe génital,
- Le cloisonnement du douglas

sera associée aux temps périnéaux antérieurs et postérieurs et permettra une cure rationnelle du prolapsus.

D/ INDICATIONS DU TRAITEMENT MEDICAL

Il est indiscutable qu'un nombre important de prolapsus ne doit pas être opéré.

En effet le risque opératoire existe, dû plus aux taras viscérales qu'à l'âge. Or, "on ne meurt pas de prolapsus".

Nous avons dit que les troubles fonctionnels pouvaient parfois être rapportés à une autre étiologie.

De plus certaines femmes polyptosiques, aux muscles périnéaux et abdominaux très faibles, porteuses de hernies récidivantes, offrent des perspectives d'avenir peu encourageantes pour le chirurgien.

AMELINE d'ailleurs conseille "l'abstention raisonnée" chez le quart des femmes affligées de prolapsus post-hystérectomie.

: Or les moyens médicaux ne nous laissent pas désarmé et permettent au médecin de belles réussites. Logiquement le traitement du prolapsus post-hystérectomie doit être d'abord médical, même dans les cas inévitablement chirurgicaux. La malade alors arrivera au chirurgien dans de meilleures conditions. Mais souvent, plus souvent qu'on ne le pense soit la malade, soit le chirurgien renoncera, à juste titre.

Il ressort de cette étude qu'après hystérectomie, douglas ouvert, et col mobile, conditionnent la survenue du prolapsus. Une déficience du releveur le favorise évidemment et détermine la forme mixte.

En conséquence: il faut suspendre et ramener le col ou le dôme vaginal en arrière, fermer le cul-de-sac de Douglas, faire une myorraphie si le releveur est déficient et un temps antérieur si existent

des troubles urinaires.

Néanmoins les méthodes radicales sont encore les meilleures mais ne peuvent pas toujours être choisies.

Une contre indication opératoire enfin ne laissera pas le médecin sans armes, il saura soulager nombre de ses patientes.

VI. CONCLUSIONS

=====

I. Il est difficile d'apprécier la fréquence des prolapsus génitaux chez les femmes hystérectomisées, les statistiques donnant des pourcentages variant à moins de 1% jusqu'à 20% et davantage. De même la responsabilité de la technique utilisée est diversement appréciée; il semble cependant que l'hystérectomie vaginale soit particulièrement favorable aux prolapsus ultérieurs.

II. Après avoir rappelé les moyens de fixation de l'appareil génital impliqués dans le prolapsus, ligaments ronds, base des ligaments larges ou cardinaux de HACKENRODT, ligaments utéro-vagino-sacrés et releveur de l'anus surtout, nous avons envisagé les diverses formes anatomopathologiques de prolapsus; par déroulement, par pulsion, forme mixte enfin.

III. Le traitement des prolapsus génitaux post-hystérectomie devra être préventif, l'ablation de l'utérus et du col s'accompagnant de fixation et solidarisation dont les moyens diffèrent selon l'intervention, subtotale, totale, vaginale; selon aussi la présence ou l'absence, l'importance et la forme du prolapsus au moment où l'hystérectomie est envisagée. En cas de prolapsus préexistant, il

faut dans la mesure du possible renoncer à l'hystérectomie, ou si elle s'impose, utiliser les voies mixtes, le temps vaginal comportant une bonne colpo-périnéorrhaphie postérieure avec myorrhaphie des releveurs.

IV. Le traitement des prolapsus après hystérectomie sera:

- conservateur de la perméabilité vaginale, par soutènement antérieur ou postérieur, et temps ajoutés en présence de cystocèle, uréthrocystocèle, incontinence d'urine;
- radical chaque fois que la malade y consent, par cloisonnement et colpectomie;
- médical enfin, fréquemment.

V. Chaque cas particulier doit recevoir sa solution propre.

Nous avons cependant essayé de schématiser les indications des diverses techniques en regard des diverses formes anatomopathologiques du prolapsus et de la méthode selon laquelle avait été pratiquée l'hystérectomie primitive. De l'ensemble de ces faits, se dégage la supériorité des résultats éloignés des méthodes radicales sur les traitements chirurgicaux conservateurs.

BIBLIOGRAPHIE

- A. AZEVEDO
J. FERRUGIER
P. SCALI
Prolapsus après hystérectomie
Ann. Académie de Chir LXXXIII page 757
23 oct 1957
- PH. DETRIE
Traitement des prolapsus génitaux après
hystérectomie
Presse Méd. LXIII page 373 12 mars 1955
- L. DIAMANT-BERGER
La colpoxie
Presse Méd LXII page 1685 4 déc 1954
- P. FUNCK-BRENTANO
H.G. ROBERT
L.A. GEORGE
J. GOURVES
Cancer du col utérin et prolapsus extériorisé
Presse Méd LXII pages 539-541 10 avril 1954
Thèse PARIS 1954 - Prolapsus génitaux après
hystérectomie.
- O. GOSSELIN
A. ANELINE
J. HUGUIER
Les prolapsus génitaux après hystérectomie XVII^e
Congrès Féd. Soc.Gyn.Obst.Langue Française Mar-
seille 12 Sept 1957
- O. GOSSELIN
A. ANELINE
J. HUGUIER
Les prolapsus après hystérectomie
Rapport XVII^e ème Congrès Soc.Gyn.Obst.Langue
française in Gynécol.Obst. IX page 253 1957
- J. HUGUIER
La statique anatomophysiologique du pelvis et
le cure des prolapsus vaginaux Concours Méd.
page 1567 23 avril 1951
- J. HUGUIER
P. SCALI
A propos d'un procédé chirurgical inspiré de la
suspension du col vésical. Dix nouvelles obser-
vations de prolapsus après hystérectomie
Bull.Féd.Soc.Gynécol.Obst.Langue Française
IX page 269 Juin Juillet 1957
- J. HUGUIER
P. SCALI
La suspension postérieure de l'axe génital au
disque lombo-sacré dans le traitement de certains
prolapsus
Presse Méd.LXVI pages 781-734 3 mai 1958

- M. W. MAC DOUGAL Prolapse of vaginal vault following
hysterectomy
Western Journ.Surg.Obst.GynLX pages 331-
340 juillet 1952
- P. MOCQUOT Traité de technique chirurgicale, tome III
Masson 61. Paris
- R. PALMER Le traitement des prolapsus génitaux
E. DOUAY Assises franç. de Gynécologie, Paris 22 juillet
J. COURTOIS 1954
A. CHALIER
E. DELANNOY
- F. POILLEUX Résultats et indications thérapeutiques dans
C. HOUDARD les prolapsus génitaux après hystérectomie
BAUBION Mon.Acad.Chir. 16 Octobre 1957
- E. POLLOSSON Les prolapsus génitaux après hystérectomie
J. MATHIEU Gyn.Obst. LIII pages 289-295 1954
- RHOADS Vaginal prolapse after vaginal hysterectomy
ZEIT Am.Journ.Obst&Gyn.LI page 533 Avril 1946
- E.S. TAYLOR Résultats immédiats éloignés de l'hystérectomie
P.F. MAC CALLIN vaginale Am.Journ.Obst.Gyn. LXVIII pages 428-
R.H. SNOW 435 Juillet 1954
- VEENBOER 104 cases of vaginal hysterectomy
KOOISTRA Am.Journ.Obst.Gyn.LIII page 936 Juin 1941

Vu: Le Président de Thèse

Professeur FUNCK - BRENTANO

Vu: le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

L. BINET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

TABLE DES MATIERES

--O--O--O--O--O--O--O--O--O--

	pages
I. Introduction	1
II. Rappel anatomophysiologique	5
III. Pathogénie	9
IV. Traitement	17
a) Traitement préventif	17
b) Traitement curatif	20
1. Traitement conservateurs	20
2. Traitements radicaux	24
c) Traitement médical	25
V. Indications et résultats des diverses techniques	28
VI. Conclusions	34
VII. Bibliographie	36

